

個人番号の記載等に関する確認書

この確認書は、1申請につき  
1通必要となります。

被保険者本人の記載が困難  
な場合は、代筆により記入をお  
願ひいたします。

平成28年1月5日

被 保 険 者

住 所 常陸太田市金井町□□番地

氏 名 太 田 一 郎

印

私は介護保険に関する申請書類の記載に必要な個人番号（マイナンバー）の取り扱いについて、下記のとおりとします。

※ 該当する下記の番号を○で囲んでください。

※ 下記の3に該当する場合は、確認者欄の記載も願ひいたします。

記

1. 市が個人番号（マイナンバー）の記載及び確認をすることに同意します。
2. 市が個人番号（マイナンバー）の記載及び確認をすることに同意しません。
3. 被保険者の個人番号（マイナンバー）利用の意思確認が困難であるため、同意を確認することができません。

確認者	住所または事業所名	居宅介護支援事業所 ○○□□
	氏 名	常陸 花子
	本人との関係	ケアマネジャー

窓口来庁者（窓口来庁者が記入してください。）

住 所 または事業所名		※確認書類（市記載欄） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏 名		
本人との関係		

市役所に来庁された方が記  
入してください。